## ACTA DE INICIO CONVENIO 4173-2025

| | |
|---|---|
| **CONTRATANTE:** | DISTRITO DE BARRANCABERMEJA |
| **NIT:** | 890.201.900-6 |
| **CONTRATISTA:** | **FUNDACION MANOS AMIGAS** |
| **NIT:** | 829002782-8 |
| **REPRESENTANTE LEGAL:** | **LUZ MARINA SANCHEZ GUERRERO** |
| **IDENTIFICIACION:** | 49.658.754 DE AGUACHICA. |
| **OBJETO:** | ATENCIÓN Y ASISTENCIA INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES DE LOS CENTROS VIDA URBANOS Y RURALES DE LA JURISDICCIÓN DE DISTRITO DE BARRANCABERMEJA EN MARCO DEL PROYECTO ASISTENCIA INTEGRAL A LAS PERSONAS MAYORES DEL DISTRITO DE BARRANCABERMEJA |
| **VALOR:** | **NOVENTA Y SIETE MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS OCHENTA PESOS MCTE ($97.395.480),** INCLUIDOS LOS COSTOS DIRECTOS E INDIRECTOS QUE OCASIONE LA EJECUCIÓN DEL PRESENTE CONVENIO, DE LOS CUALES EL MUNICIPIO APORTARÁ LA SUMA **DE NOVENTA Y DOS MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS PESOS MCTE ($92.757.600),** Y LA ENTIDAD ASOCIADA APORTARÁ LA SUMA DE **CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS OCHENTA PESOS MCTE ($4.637.880)** |
| **DURACION:** | **TREINTA Y SEIS (36) DÍAS PROGRAMADOS**, DE LUNES A SABADOS INCLUYENDO FESTIVOS. |
| **SOPORTE PRESUPUESTAL:** | DISPONIBILIDAD No. **25-07252 del 26 de septiembre de 2025.** |
| **PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES:** | CEPAA **5950 del 22 de septiembre de 2025** CÓDIGO UNSPSC **90101500, 94131607.** |
| **BANCO DE PROYECTO:** | ASISTENCIA INTEGRAL A LAS PERSONAS MAYORES DEL DISTRITO DE BARRANCABERMEJA. **BPPID: 20240680810072 BPIN: 2024680810061** |
| **SUPERVISOR:** | Secretaria Distrital de las Mujeres y la Inclusión Social o quien haga de sus veces. |
| **FECHA DE INICIO:** | veintitrés (23) de octubre de 2025 |
| **FECHA DE TERMINACIÓN:** | tres (03) de diciembre de 2025 |

En Barrancabermeja, a los **veintitrés (23) de octubre de 2025**, en las instalaciones de la Secretaria del Distrital de las Mujeres y la Inclusión Social del Distrito de Barrancabermeja, se reunieron, **MARVI ANDREA TAFUR BARBOSA,** en calidad de supervisora (E) y la señora **LUZ MARINA SANCHEZ GUERRERO** en su calidad de Representante Legal de la **FUNDACION MANOS AMIGAS** y considerando que se encuentran revisados todos los requisitos para dar inicio a la ejecución del presente convenio No. **4173-25**, se suscribe la presente acta de inicio.

**CONSIDERANDO:**

1. Que el día **17 de octubre de 2025**, la **FUNDACION MANOS AMIGAS** suscribió con el Distrito de Barrancabermeja el Convenio No. **4173-25**, cuyas condiciones se especifican en el encabezado de la presente acta.

2. Que conforme al Art. 41 de la Ley 80 de 1993, modificado por el Art. 23 de la Ley 1150 de 2007 la Alcaldía Distrital verificó la existencia del correspondiente Certificado de Disponibilidad y Registro Presupuestal, así:

| CONCEPTO | NUMERO | FECHA | IDENTIFICACION PRESUPUESTAL | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| **C.D.P.** | **25-07252** | **26 de septiembre de 2025.** | 2.3-41-4104-1500-4104008 -12-2.3.2.02.02.009, **CONCEPTO:** servicios para la comunidad, sociales y personales. **FUENTE DE FINANCIACION:** Estampilla Adulto Mayor. | **$79.145.247** |
| | | | 2.3-41-4104-1500-4104008 -12-2.3.2.02.02.009, **CONCEPTO:** servicios para la comunidad, sociales y personales. **FUENTE DE FINANCIACION**: Transferencias Estampilla Proanciano Departamental. | **$13.612.353** |
| | | | **TOTAL CERTIFICADO** | **$92.757.600** |
| **R.P.** | **25-08522** | **20 de octubre de 2025** | 2.3-41-4104-1500-4104008 -12-2.3.2.02.02.009, **CONCEPTO:** servicios para la comunidad, sociales y personales. **FUENTE DE FINANCIACION: Estampilla Adulto Mayor** | **$ 79.145.247** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | 2.3-41-4104-1500-4104008 -12-2.3.2.02.02.009, **CONCEPTO:** servicios para la comunidad, sociales y personales. **FUENTE DE FINANCIACION:** Transferencias Estampilla Proanciano Departamental | **$ 13.612.353** |
| | | | **TOTAL COMPROMISOS** | **$92.757.600** |

3. Que la **FUNDACION MANOS AMIGAS** allegó garantía emitida por la ASEGURADORA SEGUROS DEL ESTADO S.A con aprobación de la Secretaria Jurídica, mediante No. **C01.WRT. 18185612.**

4. Que la **FUNDACION MANOS AMIGAS** allegó la documentación estipulada en los estudios previos y cumple con los requisitos contractuales para realizar el **PRIMER** desembolso.

5. Que la presente acta se presta para efectuar el **PRIMER DESEMBOLSO** por parte de la Dirección de tesorería y Dirección de contabilidad.

6. Los abajo firmantes CERTIFICAN que la información que está en la plataforma del SECOP II es la misma que se radica físicamente ante la Dirección de tesorería y Dirección de contabilidad, para el trámite de cuentas y que todos los documentos cargados corresponden al convenio **4173-25**, a nombre de la **FUNDACION MANOS AMIGAS.**

Teniendo en cuenta lo manifestado anteriormente las partes,

**ACUERDAN:**

Fijar como fecha de inicio para el cumplimiento de las obligaciones derivadas del Convenio No. **4173-25**, cuyo objeto es: *"ATENCIÓN Y ASISTENCIA INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES DE LOS CENTROS VIDA URBANOS Y RURALES DE LA JURISDICCIÓN DE DISTRITO DE BARRANCABERMEJA EN MARCO DEL PROYECTO ASISTENCIA INTEGRAL A LAS PERSONAS MAYORES DEL DISTRITO DE BARRANCABERMEJA",* el día **veintitrés (23) de octubre de 2025.**

Verificados los requisitos para el respectivo desembolso se evidenció que la **FUNDACION MANOS AMIGAS** cumple con todos los requisitos estipulados en la forma de pago de los estudios previos.

Efectuar el **PRIMER DESEMBOLSO** con la presente acta de inicio correspondiente al **45%** del valor total aportado por el Distrito, por el valor de: **CUARENTA Y UN MILLONES SETECIENTOS CUARENTA MIL NOVECIENTOS VEINTE PESOS MCTE ($41.740.920),** imputado a la **IDENTIFICACIÓN PRESUPUESTAL**: 2.3-41-4104-1500-4104008 -12-2.3.2.02.02.009, **CONCEPTO:** servicios para la comunidad, sociales y personales. **FUENTE DE FINANCIACION**: Estampilla Adulto Mayor.

Para constancia se firma por quienes intervienen a los 23 OCT 2025

**MARVI ANDREA TAFUR BARBOSA**
Secretaria Distrital de las Mujeres y la Inclusión Social (E)
Decreto 511 del 19 de septiembre de 2025.

**LUZ MARINA SANCHEZ GUERRERO**
Representante legal **FUNDACION MANOS AMIGAS**

| | NOMBRE DEL FUNCIONARIO | CARGO DEL FUNCIONARIO | FIRMA | FECHA |
|---|---|---|---|---|
| Proyectó y elaboró: | Laura Altamar | Abogada OPS | | oct, 25 |
| Revisó: | | | | |
| Aprobó: | MARVI ANDREA TAFUR BARBOSA | SECRETARIA DISTRITAL DE LAS MUJERES Y LA INCLUSIÓN SOCIAL (E) | | |
| Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes. | | | | |